

Vergaderjaar 2007–2008

31 200 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008

Nr. 157

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 juni 2008

1. Inleiding

Op 14 april 2008 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) mij zijn Pakketadvies 2008 aangeboden.¹ In het pakketadvies zijn nieuwe adviezen opgenomen en adviezen die in het afgelopen jaar al eerder door het CVZ zijn gepubliceerd. Het Pakketadvies 2008 geeft daardoor een overzicht van alle adviezen over het verzekerd pakket van de Zvw en AWBZ die sinds het vorige pakketadvies zijn uitgebracht. De advisering over hulpmiddelen maakt deel uit van het Pakketadvies 2008, maar is daarnaast uitgegeven in een apart (deel)rapport Hulpmiddelenzorg 2008. Gelijktijdig met deze rapporten heeft het CVZ ook het rapport Beoordelingskader hulpmiddelenzorg gepubliceerd. Bij deze brief treft u deze drie rapporten als bijlage aan. Verder heeft het CVZ kort na de publicatie van het pakketadvies mij een nader advies aangeboden over de beperking van de vergoeding van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen). Ik heb om dit advies gevraagd naar aanleiding van het pakketadvies 2007. Dit nadere advies van het CVZ is eveneens als bijlage bij deze brief opgenomen.¹

In deze brief geef ik u, mede namens de staatssecretaris, mijn standpunt op het Pakketadvies 2008. Daarbij zal ik allereerst ingaan op enkele relevante ontwikkelingen ten aanzien van de beoordelingssystematiek in het algemeen (§ 3). Hierbij zal ik onder meer ingaan op de onlangs geïnstalleerde onafhankelijke Adviescommissie Pakket (ACP) bij het CVZ en de motie Wiegman-van Meppelen Scheppink² die is ingediend naar aanleiding van het algemeen overleg medische technologie. Daarna geef ik – voor zover nodig – mijn reactie op de afzonderlijke adviezen en standpunten van het pakketadvies (§ 4). Hierbij zal ik ook de pakketmaatregelen betrekken die voortvloeien uit het Pakketadvies 2007 (o.a. benzodiazepinen) en die op 1 januari 2009 van kracht zullen worden. Deze maatregelen heb ik vorig jaar al aangekondigd in mijn reactie op het Pakketadvies 2007³.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Kamerstuk 31 200 XVI, nr. 130.

³ Kamerstuk 30 800 XVI, nr. 168.

In § 5 plaats ik enkele kanttekeningen bij de raming van de financiële gevolgen van de adviezen en standpunten door het CVZ. In de volgende paragraaf geef ik echter eerst een samenvatting van de belangrijkste punten van deze brief.

2. Samenvatting

Het CVZ is het afgelopen jaar in zijn rol als pakketbeheerder gegroeid. Met het Pakketadvies 2008 heeft het CVZ een omvangrijk en gedegen advies afgeleverd. Naast de vele concrete adviezen en standpunten, heeft het CVZ in zijn advies ook oog voor de theoretische en maatschappelijke ontwikkelingen. Het CVZ zal onderzoek blijven doen naar het verbeteren van de omschrijving van de verzekerde prestaties en daarin mijn toekomstvisie betrekken die ik neergelegd in de brief *Slim investeren in gezondheid*¹ en in mijn langetermijnvisies op het geneesmiddelenbeleid² en het hulpmiddelenbeleid³.

Verder heb ik de aandacht van het CVZ gevraagd voor de motie Wiegman-van Meppelen Scheppink waarin uw Kamer vraagt het criterium kosten-effectiviteit uit te werken en de indirecte kosten en individuele en maatschappelijke baten zoveel mogelijk te betrekken bij pakketbeslissingen. In reactie op de motie heb ik in uw Kamer aangegeven de motie te zien als ondersteuning van mijn beleid.

Een andere belangrijke ontwikkeling is de instelling van de Adviescommissie Pakket (ACP). Met ingang van 1 april 2008 zijn vijf onafhankelijke leden van de commissie door mij benoemd. De namen van deze commissieleden zijn opgenomen in bijlage 3 van het pakketadvies. De commissie heeft zich dit jaar slechts op hoofdlijnen (kunnen) uitspreken over het pakketadvies. De commissie vraagt hierbij onder meer aandacht voor een consistente afweging van de vier pakketprincipes en voor een verdere operationalisatie van het pakketprincipe «noodzakelijkheid». De rol van de commissie zal het komende jaar verder worden vormgegeven.

Het CVZ komt in het Pakketadvies 2008 tot verschillende in- en uitstroomadviezen. Deze neem ik grotendeels over. Daarnaast heb ik vorig jaar reeds twee maatregelen aangekondigd naar aanleiding van het pakketadvies 2007. Dit betekent dat ik voornemens ben met ingang van 1 januari 2009 de volgende pakketmaatregelen te nemen:

- opname van diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie in basispakket Zvw;
- schrappen van vergoeding faxapparatuur auditief gehandicapten;
- schrappen van vergoeding allergeenvrije en stofdichte hoezen;
- schrappen van vergoeding stoelen met uitsluitend een sta-opfunctie;
- aanspraak vergoeding cholesterolverlagers baseren op richtlijn beroepsgroep;
- schrappen van vergoeding van intracaverneus fentolamine/papaverine;
- beperking van vergoeding benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen).

3. Pakketbeheer algemeen

Het Pakketadvies 2008 is het tweede integrale pakketadvies van het CVZ. In mijn reactie op het eerste advies heb ik aangegeven dat het CVZ op de goede weg was maar dat het pakketbeheer op onderdelen verder ontwikkeld en verbeterd moest worden. Na dit eerste pakketadvies zijn er verschillende rapporten verschenen die relevant zijn voor het pakketbeheer door het CVZ. Ik verwijs hierbij naar het rapport *QALY-tijd, Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen* van CPB/iMTA en het

¹ Kamerstuk 31 200 XVI, nr. 111.

² Kamerstuk 29 477, nr. 39.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 186.

RVZ-advies *Rechtvaardige en duurzame zorg*. Het CVZ zelf heeft in november 2007 een verdere uitwerking gegeven aan het toetsingskader voor het criterium «stand van de wetenschap en praktijk» in het rapport *Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk*. Mijn standpunten op deze rapporten heb ik u reeds toegestuurd¹.

Tot mijn tevredenheid stel ik vast dat het CVZ – een jaar later – in zijn rol van pakketbeheerder is gegroeid. Deze groei is zichtbaar in het Pakketadvies 2008. Het CVZ heeft een omvangrijk en gedegen advies afgeleverd waarin niet alleen vele concrete adviezen en standpunten zijn opgenomen, maar ook aandacht is voor de theoretische en maatschappelijke kaders. Eén van deze kaders voor de besluitvorming rond pakketbeslissingen is het Budgettair Kader Zorg. Ik heb dit ook aangegeven in mijn brief *Slim investeren in gezondheid* van 21 januari 2008. Het CVZ erkent in zijn advies het belang van het creëren van financiële ruimte voor opname van nieuwe zorginterventies. Ook uw Kamer heeft overigens aangegeven de noodzaak hiervan te zien. In de motie van Van Miltenburg en Van der Veen² die Kamerbreed is aanvaard, wordt het kabinet gevraagd de dekking voor dyslexiezorg te vinden binnen het pakket. Het CVZ heeft daarom kritisch gekeken naar het huidige verzekerd pakket. Op basis van toetsing aan de vier pakketprincipes – noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid – komt het CVZ vervolgens tot verschillende uitstroomadviezen. Het CVZ levert hiermee een bijdrage aan het in stand houden van een verzekerd pakket dat ook in de toekomst betaalbaar en toegankelijk is.

Verder geeft het CVZ in zijn advies aan onderzoek te zullen doen naar het verbeteren van de omschrijving van de te verzekeren risico's. Daarbij zal het CVZ mijn toekomstvisie betrekken zoals ik die heb neergelegd in de al genoemde brief *Slim investeren in gezondheid* en in mijn brieven met mijn langetermijnvisie op het geneesmiddelenbeleid en hulpmiddelenbeleid. Uiteraard steun ik het CVZ hierin.

Motie Wiegman

Voor het pakketbeheer is verder van belang de motie Wiegman-van Meppelen Scheppink die is ingediend naar aanleiding van het AO medische technologie. In deze motie vraagt uw Kamer het criterium kosteneffectiviteit verder uit te werken en de indirecte kosten en individuele en maatschappelijke baten zoveel mogelijk te betrekken bij pakketbeslissingen. Ik heb u eerder gemeld³ het kosteneffectiviteitsonderzoek te willen bevorderen en te streven naar een betere beschikbaarheid van kosteneffectiviteitsinformatie. In uw Kamer heb ik daarom aangegeven de motie te zien als ondersteuning van mijn beleid. De motie Wiegman heb ik onder de aandacht gebracht bij het CVZ en gevraagd hiermee rekening te houden bij de advisering in het kader van het pakketbeheer. Overigens houdt het CVZ bij het beoordelen van de kosteneffectiviteit ook nu al zoveel mogelijk rekening met de indirecte kosten en individuele en maatschappelijke opbrengsten.

Adviescommissie Pakket

Eén van de belangrijke elementen van het pakketbeheer is de maatschappelijke toetsing van de adviezen. De RVZ heeft in het rapport *Rechtvaardige en duurzame zorg* geadviseerd hiervoor een onafhankelijke commissie bij het CVZ in te stellen. Hieraan is uitvoering gegeven door de instelling van de Adviescommissie Pakket (ACP) bij het CVZ. De commissie bestaat – naast de drie leden van het CVZ-bestuur – uit maximaal zes leden die op basis van deskundigheid door mij worden benoemd. Vijf onafhankelijke leden van de commissie zijn door mij benoemd met ingang

¹ Kamerstukken 31 200 XVI, nr. 111 (*Slim investeren in gezondheid*) en 31 200, XVI, nr. 121.

² Kamerstukken II 2007/2008, 31 200 XVI, nr. 85.

³ Kamerstuk 31 200 XVI, nr. 111.

van 1 april 2008. De namen van deze commissieleden zijn opgenomen in bijlage 3 van het pakketadvies. Ik verwacht dat de commissie binnenkort gecompleteerd kan worden. Gelet op de publicatiedatum van het pakketadvies – 15 april 2008 – heeft de ACP zich slechts op hoofdlijnen kunnen uitspreken over het Pakketadvies 2008. De commissie vraagt onder meer aandacht voor een consistente afweging van de vier pakketprincipes en voor een verdere operationalisatie van het pakketprincipe «noodzakelijkheid» (zie hoofdstuk 7 pakketadvies). De rol van de commissie zal het komende jaar verder vorm gaan krijgen.

Naast deze onafhankelijke toetsing door de Adviescommissie Pakket betreft het CVZ in een eerder stadium alle relevante veldpartijen bij de advisering over afzonderlijke zorginterventies. Dit is een standaardwerkwijze van het CVZ. Ook dit proces heeft zich het afgelopen jaar verder ontwikkeld. Het CVZ heeft verschillende stakeholderbijeenkomsten georganiseerd om het consultatietraject uit te werken. Deze bijeenkomsten hebben geleid tot duidelijke afspraken met de veldpartijen over de consultatie bij adviezen.

Dit betekent uiteraard niet dat daarmee de adviezen van het CVZ altijd op de steun van alle partijen kunnen rekenen. Ik ben mij ervan bewust dat dit ook bij het bijgaande pakketadvies niet het geval is. Waar het om gaat is dat de mening van alle partijen wordt meegewogen bij de advisering en dat er vervolgens een objectief, onafhankelijk advies wordt uitgebracht. Ik meen dat de maatschappelijke toetsing door de raadpleging van de veldpartijen en met de instelling van de onafhankelijke Adviescommissie Pakket goed is geborgd.

4. Pakketvoorstellen CVZ

Het Pakketadvies 2008 bevat een grote hoeveelheid concrete in- en uitstroomadviezen, systeemadviezen en standpunten. Het is niet nodig om in deze brief op alle afzonderlijke adviezen en standpunten te reageren. Als het CVZ meent dat een zorginterventie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet valt onder de verzekerde zorg, is dit standpunt direct van kracht en zijn – in principe – geen vervolgacties nodig. In mijn reactie zal ik daarom slechts op enkele standpunten ingaan en mij verder beperken tot de in- en uitstroomadviezen en adviezen met (mogelijke) gevolgen voor de regelgeving. Voor een volledig overzicht van de adviezen en standpunten verwijs ik graag naar het pakketadvies.

Het CVZ adviseert – na toetsing aan de pakketcriteria – om de onderstaande zes hulpmiddelen *niet* in het verzekerd pakket op te nemen.

- Aangepaste mobiele telefoons voor senioren, blinden en slechtzienden.
Het CVZ komt tot dit advies op basis van het criterium noodzakelijkheid. Een mobiele telefoon is algemeen gebruikelijk en speciale modellen voor deze doelgroepen zijn niet (of nauwelijks) duurder dan een gewone mobiele telefoon.
- Autoset CS2 (ASV therapie).
Dit betreft ademdrukondersteuning bij patiënten met chronisch hartfalen en centraal slaapapneu. Het CVZ stelt dat de effectiviteit van deze behandeling onvoldoende is aangetoond.
- Vacuümtherapie voor wondbehandeling als hulpmiddelenzorg.
Het CVZ is van mening dat de doelmatigheid van deze therapie afdoende is bewezen maar vooralsnog dient te worden toegepast als onderdeel van de medisch specialistische zorg (2e lijnszorg), ook bij de toepassing in de thuissituatie.
- Koeltherapie bij multiple sclerose.
Bij dit advies is beoordeeld of koelvesten de warmtegevoeligheid van

MS-patiënten zou kunnen verminderen. Ook van deze therapie stelt het CVZ dat de effectiviteit nog niet is aangetoond.

– De Lifty.

Dit is een sta-ophulpmiddel als alternatief voor de sta-opstoel. Het CVZ adviseert deze niet op te nemen als verzekerde prestatie op basis van het criterium noodzakelijkheid. Dit advies kan overigens niet los worden gezien van het advies over de sta-opstoel (zie uitstroomadviezen).

– De NadaChair.

Dit betreft ergonomische rugbanden voor het trainen van lage rugspieren. Op basis van de pakketprincipes noodzakelijkheid en (onvoldoende) effectiviteit adviseert het CVZ de NadaChair niet op te nemen in de verzekerde prestatie.

Ik ben van mening dat het CVZ deze hulpmiddelen op een zorgvuldige wijze heeft beoordeeld. In het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2008 worden deze adviezen uitgebreid gemotiveerd. Ik neem deze adviezen dan ook over, wat betekent dat de betreffende hulpmiddelen niet in het verzekerde pakket zullen worden opgenomen.

Naast de bovenstaande nieuwe hulpmiddelenadviezen noemt het CVZ het advies van mei 2007 over de opname van het humaan papillomavaccin (tegen baarmoederhalskanker) in het pakket. Het CVZ heeft geadviseerd dit vaccin onder te brengen in een collectieve organisatievorm, zoals het Rijksvaccinatieprogramma. Ik heb u hierover op 14 april 2008 een brief gestuurd na ontvangst van het Gezondheidsraadadvies «Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker»¹.

Instreamadviezen

Het pakketadvies bevat geen *nieuwe* instroomadviezen. Het CVZ refereert in de paragraaf «instreamadviezen» aan de beoordeling van geneesmiddelen gedurende het gehele jaar volgens de gebruikelijke wettelijke procedures en het advies van juli 2007 over de opname van ernstige dyslexie in het basispakket. De ontwerp-amvb waarmee de diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie wordt opgenomen in het verzekerd pakket, is onlangs op grond van artikel 124 van de Zvw aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd.

Uitstroomadviezen

Het pakketadvies bevat verder diverse uitstroomadviezen. Het CVZ komt tot de conclusie dat enkele hulpmiddelen niet voldoen aan de pakketcriteria en adviseert deze te laten uitstromen uit het verzekerd pakket van de Zvw. Het gaat om de volgende hulpmiddelen.

– Faxapparatuur voor auditief gehandicapten.

Het CVZ adviseert deze niet langer te vergoeden op basis van het criterium noodzakelijkheid. Faxapparatuur – of alternatieve middelen zoals sms en e-mail – is algemeen gebruikelijk. In het kader van dit advies adviseert het CVZ overigens om de tekst- en beeldtelefoon voor auditief gehandicapten te handhaven in het verzekerd pakket.

– Allergeenvrije en stofdichte hoezen.

Het CVZ concludeert dat de effectiviteit van deze hoezen onvoldoende bewezen is.

– Sta-opstoelen.

Het CVZ adviseert op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid om stoelen met uitsluitend een sta-opfunctie niet langer als verzekerde prestatie aan te merken. Het CVZ is van mening dat de meerkosten voor deze stoelen ten opzichte van een gewone stoel die voldoet aan normale ergonomische eisen, niet dermate hoog zijn dat dit hulpmiddel financieel ontoegankelijk wordt. Het CVZ adviseert een over-

¹ Kamerstuk 22 894, nr. 165.

gangsrecht voor een periode van één jaar voor verzekerden aan wie een dergelijke stoel reeds in bruikleen is verstrekt.

– Medische alarmering.

Dit advies is onderdeel van het al eerder – juli 2007 – uitgebrachte advies «Heroriëntatie hulpmiddelenzorg». Het CVZ adviseert hierin om de sociale én medische alarmering onder te brengen in de Wmo. Het CVZ meent dat alarmering op zich geen geneeskundige zorg is, ook niet als de aanleiding voor het aanvragen van alarmering een medische achtergrond heeft. Alarmeringsapparatuur stelt de burger in staat om langer zelfstandig te wonen. Dit sluit aan bij een van de uitgangspunten van de Wmo, namelijk het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking ter bevordering van het zelfstandig functioneren of deelname aan het maatschappelijk verkeer.

De eerste drie uitstroomadviezen worden door het CVZ eveneens in het rapport Hulpmiddelenzorg 2008 uitgebreid becommentarieerd. Ik kan mij vinden in de argumentatie van het CVZ en neem deze adviezen daarom ook over. Dit betekent dat de faxapparatuur, de stofdichte hoezen en de sta-opstoel met uitsluitend een sta-opfunctie vanaf 1 januari 2009 geen deel meer uitmaken van het verzekerd pakket.

Het advies over de overheveling van de medische alarmering naar de Wmo neem ik op dit moment niet over. Ik kan mij vinden in de redenering van het CVZ, maar ik ben niet voornemens de medische alarmering al per 1-1-2009 over te hevelen. Reden hiervoor is dat ik op dit moment bezig ben de mogelijkheden tot bundeling van de huidige vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen (Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) te verkennen. Ik doe dit in het kader van het project Heroriëntatie hulpmiddelen, een interactief traject met alle betrokken veldpartijen dat als doel heeft de uitvoering en inrichting van hulpmiddelenregelingen te verbeteren. Ik heb u hierover, mede namens de staatssecretaris, geïnformeerd in mijn brief van 16 april 2008¹. Ik vind het niet wenselijk om, vooruitlopend op de uitkomsten van deze verkenning, de medische alarmering nu al over te hevelen naar de Wmo. Uiteraard zal ik het advies van het CVZ over de medische alarmering meenemen in de totale uitwerking van de heroriëntatie.

Eén uitstroomadvies van het CVZ heeft betrekking op geneesmiddelen. Het CVZ adviseert op basis van het principe kosteneffectiviteit:

– aanpassing van de nadere voorwaarden voor de vergoeding van cholesterolverlagende geneesmiddelen.

Het CVZ stelt voor de nadere voorwaarden zodanig te actualiseren dat behandeling met andere cholesterolverlagende geneesmiddelen dan simvastatine uitsluitend wordt vergoed als behandeling met simvastatine onvoldoende effectief is gebleken of om medische redenen ongewenst is. Hierdoor zal bij een gelijkblijvende kwaliteit van de behandeling de kosteneffectiviteit aanzienlijk verbeteren.

Ik heb in mijn langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid mijn intentie aangegeven om de aanspraak op geneesmiddelen waar mogelijk aan te laten sluiten bij de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen. Een voorwaarde hiervoor is dat deze richtlijnen van goede kwaliteit zijn en ook doelmatigheidselementen hierin zijn verwerkt. Voor de toepassing van cholesterolverlagers bestaat een richtlijn waarin doelmatigheidselementen zijn meegenomen en die momenteel via een breed opgezet programma van het Nederlands Huisartsengenootschap en DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, wordt geïmplementeerd. Naar mijn mening wordt daarmee voldaan aan de voorwaarde om de aanspraak te kunnen baseren op deze richtlijn.

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 186.

Ik constateer dat het CVZ-advies niet aansluit bij mijn langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid, maar uitgaat van een door de overheid geformuleerde, gedetailleerde beperking van de aanspraak. Ik heb daarom besloten het advies van het CVZ niet integraal over te nemen, maar de aanspraak te baseren op de richtlijn van de beroepsgroep. Ik zal hiervoor met ingang van 1 januari 2009 bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering zodanig wijzigingen dat hierin wordt verwezen naar de richtlijn van de beroepsgroep. Ik ben mij ervan bewust dat deze keuze een actieve rol vergt van verzekeraars, die de aanspraak via de polisvoorwaarden nader moeten concretiseren (met de richtlijn als uitgangspunt) en op de uitvoering hiervan moeten toezien. Ik ben er echter van overtuigd dat – gezien de inhoud van de richtlijn en de door het Transitieakkoord en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars ontstane prijsverschillen tussen statines – op deze wijze eenzelfde doelmatigheidswinst kan worden bereikt als via het voorstel van het CVZ. Met name de recente prijsverlagingen leiden ertoe dat de te realiseren doelmatigheidswinst opweegt tegen de eventuele extra investeringen en inspanningen door zorgverzekeraars.

Het laatste uitstroomadvies van het CVZ heeft betrekking op de AWBZ.

– Waskosten AWBZ.

Dit advies maakt deel uit van het CVZ-advies «Uniformering waskosten AWBZ-instellingen» van 8 oktober 2007. Het CVZ is van mening dat het wassen van kleding van mensen in een AWBZ-instelling geen noodzakelijke zorg is. Het CVZ adviseert daarom voor (voormalige) verzorgingshuizen een gelijke regeling te treffen als voor bewoners van overige AWBZ-instellingen.

Ik ben het eens met dit advies van het CVZ. Een verschillende behandeling van bewoners van AWBZ-instellingen ten aanzien van de waskosten vind ik ongewenst. Vanaf 1 januari 2009 zullen daarom de waskosten voor bewoners van AWBZ-instellingen gelijk getrokken worden. Ik wil deze aanpassing van de vergoeding vanaf die datum laten gelden voor alle nieuwe bewoners van (voormalige) verzorgingshuizen. De met deze maatregel gemoeide middelen wil ik behouden voor de per 1 januari 2009 in te voeren zorgzwaartebekostiging.

Uitstroomadviezen uit Pakketadvies 2007

In mijn reactie op het Pakketadvies 2007 heb ik aangegeven met ingang van 1 januari 2009 de volgende pakketmaatregelen te nemen:

- schrappen van de vergoeding van intracaverneus fentolamine/papaverine (middel ter behandeling van erectiestoornissen);
- beperking van de vergoeding van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen).

De belangrijkste reden voor het beperken van het gebruik van benzodiazepinen is het belang voor de volksgezondheid. Benzodiazepinen zijn de meest voorgeschreven geneesmiddelen in Nederland. Het gebruik kan leiden tot medicijnverslaving met alle mogelijke negatieve gevolgen van dien. Bovendien is het gebruik van benzodiazepinen slechts enkele weken medisch effectief.

Naar aanleiding van het advies van vorig jaar om het benzodiazepinegebruik te beperken, heb ik CVZ enkele nadere vragen gesteld. Deze hadden betrekking op de mogelijkheden van vergoeding van kortdurend medisch noodzakelijk gebruik en de opbrengst van de maatregel. In het nadere advies houdt het CVZ vast aan zijn eerdere voorstel. Het CVZ ziet op dit moment geen praktisch haalbare mogelijkheden voor de vergoeding van medisch noodzakelijk kortdurend gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Het CVZ stelt daarom voor zowel het kort- als langdurend gebruik

van vergoeding uit te sluiten met uitzondering van een aantal specifiek omschreven indicaties. De belangrijkste argumenten van het CVZ voor dit advies zijn het volksgezondheidsbelang van het terugdringen en voorkómen van het chronisch gebruik en de verslavende werking daarvan en het beteugelen van de hoge kosten die het ongewenst chronisch gebruik met zich meebrengt.

Ook voor de toepassing van slaap- en kalmeringsmiddelen bestaan richtlijnen waarin, naast de langdurige toepassing van deze middelen bij een aantal specifieke indicaties, ook kortdurend medisch noodzakelijk gebruik een plaats heeft. Gelet op mijn langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid zou ik, net als bij de cholesterolverlagers, de aanspraak willen laten aansluiten bij de richtlijn. Echter, deze maatregel uitvoeren door uitsluitend te verwijzen naar de richtlijnen levert in dit geval zodanige uitvoeringsproblemen op dat deze maatregel niet effectief gerealiseerd kan worden. Het maken van onderscheid tussen kort- en langdurig gebruik is in de praktijk, mede vanwege het nog niet volledig beschikbaar zijn van het Elektronisch Medicatiedossier, niet mogelijk zonder betrokken partijen met zeer veel administratieve gevolgen te belasten. Vandaar dat ik er in dit geval voor kies het CVZ-advies te volgen. Het voor eigen rekening laten komen van kortdurend gebruik acht ik acceptabel vanwege de lage kosten die daarmee gemoeid zijn (€ 12–16 per patiënt per ziekte-episode).

Dit betekent dat vanaf 1 januari 2009 deze middelen alleen nog vergoed worden als onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult, als behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva conform geldende richtlijnen heeft gefaald, als behandeling bij multipale psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is of als palliatieve sedatie bij terminale zorg.

Systeemadviezen

Het CVZ geeft in zijn advies ook een opsomming van nieuwe en al uitgebrachte systeemadviezen. Deze adviezen hebben als doel om de zorgverzekeringen te laten functioneren zoals het is beoogd. Op enkele adviezen zal ik hier nader ingaan.

- Nieuwe omschrijving aanspraak hulpmiddelen.
Het CVZ adviseert om voor enkele hulpmiddelen categorieën de aanspraak niet langer productgericht te omschrijven, maar deze te baseren op het opheffen of verminderen van functiebeperkingen. Het gaat om de aanspraak op oogprothesen, orthesen en gezichtshulpmiddelen.

Het advies van het CVZ neem ik over. Het voorstel om de aanspraak op de genoemde onderdelen te actualiseren sluit aan bij mijn beleid om te komen tot een aansprakensysteem dat gebaseerd is op het opheffen of verminderen van functiebeperkingen, in plaats van de huidige aanspraak die bepaald wordt door het productaanbod. Ik wijs hierbij op mijn brief over het hulpmiddelenbeleid¹. Ik heb u hierin geïnformeerd over mijn streven om in 2011 de aanspraak op hulpmiddelen zo volledig mogelijk op basis van functiebeperkingen te omschrijven. Overigens zal het CVZ, daar waar de aanspraak nog niet volgens deze methode is aangepast, blijven adviseren over productspecifieke pakketmaatregelen zoals ook in het pakketadvies van dit jaar is gebeurd.

- Afbakening intra- en extramurale geneesmiddelen
Geneesmiddelen vallen onder twee verschillende verzekerde presta-

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 186.

ties, namelijk onder farmaceutische zorg (extramurale geneesmiddelen) en onder geneeskundige zorg (intramurale geneesmiddelen). De dubbele aanspraak kan leiden tot discussies over de bekostiging en biedt ruimte voor interpretatie en ondoelmatig handelen door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het CVZ adviseert als oplossing om geneesmiddelen waarbij deze problematiek zich voordoet, te plaatsen in een bijlage van de Regeling zorgverzekering. Zorgverzekeraars hebben dan de verplichting de toegang tot deze geneesmiddelen te beperken tot de aangewezen instellingen of behandelaren voor medisch-specialistische zorg.

De afbakeningsproblematiek intra- en extramurale farmaceutische zorg betreft een complex vraagstuk. De oplossing hiervan kan niet los gezien worden van hetgeen ik heb beschreven in mijn langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid en de toekomstige ontwikkelingen op het terrein van de bekostiging van intramurale geneesmiddelen. Ik ben voornemens in het najaar van 2008 mijn visie te geven op de intramurale geneesmiddelenvoorziening en de samenhang daarvan met de extramurale geneesmiddelenvoorziening. Daarbij zal ik ook dit advies van het CVZ betrekken.

- Eigen bijdragen gebitsprothesen
In het al eerder uitgebrachte Signalement Mondzorg 2007 adviseert het CVZ om de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese in overeenstemming te brengen met de eigen bijdrage voor de gewone volledige gebitsprothese.

De eigen bijdrage voor de gewone volledige gebitsprothese bedraagt 25% van de gemaakte kosten. Gemiddeld gaat het daarbij om ongeveer € 125 voor een volledige prothese voor de onder- of bovenkaak. De kosten voor een implantaatdragende prothese zijn een stuk hoger dan die voor een gewone prothese. Daarom is bij de opname in 1997 van de volledige gebitsprothese in het ziekenfondspakket besloten voor implantaatgedragen prothese uit te gaan van een vast bedrag en niet van een percentage van de kosten. Gekozen is voor het bedrag van € 90, zijnde het bedrag dat toen overeenkwam met 25% van de gemiddelde kosten voor een gewone prothese per kaak. Het bedrag van € 90 is sinds 1997 nooit verhoogd. Hierdoor is er een onbedoeld verschil ontstaan tussen beide eigen bijdragen. Ik neem dan ook het advies van het CVZ over om deze bijdragen te harmoniseren en zal de Regeling zorgverzekering op dit punt per 1 januari 2009 aanpassen. Ik zal verder in overleg met het CVZ jaarlijks bezien of aanpassing nodig is.

- Verpleging bij thuisbeademing en palliatief-terminale zorg.
Het CVZ heeft in juli 2007 geadviseerd om deze zorg voorlopig onder de AWBZ te laten vallen.

Dit advies neem ik over. De ontwerp-amvb waarmee deze verpleging van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw wordt uitgesloten, is onlangs op grond van artikel 124 van de Zvw aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd.

Standpunten

In het Pakketadvies 2008 is verder nog een selectie van standpunten opgenomen naar aanleiding van toetsing van zorginterventies aan de stand van de wetenschap en praktijk. Twee standpunten wil ik hierbij noemen.

- Neurofeedback
Het CVZ stelt dat het toepassen van neurofeedback bij behandeling van ADHD, epilepsie, angststoornissen, autisme en overige indicaties

niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee behoort neurofeedback niet tot de verzekerde prestaties in het kader van de Zvw.

Ik wil hierbij graag opmerken dat bovenstaand standpunt van het CVZ ook gevolgen heeft voor de besteding van het AWBZ-budget (pgb, zorg in natura). Als neurofeedback niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zou deze zorg ook niet uit het AWBZ-budget moeten worden vergoed. Ik zal hiervoor aandacht vragen bij de zorgkantoren.

- Aflevering van geneesmiddelen in een patiëntspecifiek distributiesysteem.
Het ter hand stellen van geneesmiddelen in een patiëntspecifiek distributiesysteem valt onder de verzekerde prestatie farmaceutische zorg (art. 2.8 Besluit zorgverzekering). Het uitzetten van geneesmiddelen behoort daarom niet tot de aanspraken van de AWBZ.
Voor het geven van medicijnen kan echter wel AWBZ-zorg nodig zijn. Dat kan gebeuren om de medicijnen toe te dienen die in het distributiesysteem zijn uitgezet of als het niet mogelijk is een patiëntspecifiek distributiesysteem toe te passen, bijvoorbeeld bij vloeibare of temperatuurgevoelige middelen.

Ik ben het eens met het standpunt van het CVZ en zal hiervoor de beleidsregels indicatiestelling AWBZ aanpassen. Ik vind echter wel dat de zorg aan de patiënt voorop staat, ook ten aanzien van de medicijnverstrekking. Ik stel mij daarom voor dat bij de indicatiestelling enige ruimte zal zijn om in bepaalde situaties – als gevolg van overmacht – van de algemene (beleids)regel af te wijken.

5. Budgettaire gevolgen van de pakketmaatregelen

In hoofdstuk vijf van het pakketadvies geeft het CVZ een overzicht van de van de budgettaire gevolgen van de voorgestelde pakketmaatregelen. Een belangrijke beleidsintensivering betreft de opname van dyslexie in het basispakket. Een omvangrijke besparing kan worden bereikt met de maatregel ten aanzien van cholesterolverlagers (€ 169–226 mln.). Het totaal aan besparingen volgens het CVZ-advies bedraagt daarmee circa 200,5–257,5 mln.

Deze besparingen zullen echter niet worden gerealiseerd. In deze brief heb ik aangegeven dat ik niet alle voorstellen van het CVZ overneem. Daarnaast meen ik dat het CVZ een te optimistische raming geeft van de mogelijke besparing op cholesterolverlagende middelen. Het CVZ gaat ervan uit dat verzekeraars een wijziging van de nadere voorwaarden in bijlage 2 – zoals het CVZ voorstelt – direct volledig zullen en kunnen handhaven. De praktijk leert dat dit niet realistisch is.

Ik ga ervan uit dat de maximaal mogelijke besparing pas over enkele jaren gerealiseerd wordt omdat het enige tijd zal vergen om de betreffende richtlijn te implementeren. Voor 2009 ga ik uit van een besparing van € 32 mln., oplopend naar € 65 mln. in 2010 en € 97 mln. in 2011.

Het saldo van extra uitgaven en opbrengsten zal betrokken worden bij de besluitvorming rond de begrotingsvoorbereiding 2009.

6. Ten slotte

De bovenstaande maatregelen op basis van de voorstellen van het CVZ, zullen niet door alle betrokkenen – patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars of fabrikanten – gesteund worden. Ik heb hieraan al eerder in deze brief gerefereerd. Om het zorgstelsel ook naar de toekomst betaalbaar te

houden en de solidariteit van het stelsel te waarborgen, zijn echter soms moeilijke beslissingen nodig. Het CVZ heeft deze adviezen gedegen onderbouwd en is hiertoe gekomen na raadpleging van de veldpartijen. Ik ga er daarom vanuit dat de maatregelen op voldoende draagvlak mogen rekenen. Ik zal graag binnenkort het debat hierover voeren in uw Kamer.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink